



RESPONSABILIDAD PROGRESIVA DEL RESIDENTE

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN-SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE EN EL ÁREA DE URGENCIAS.



FUNDAMENTO

De acuerdo a las indicaciones del Real Decreto 183/2008¹ en su capítulo III, por el que se ordena la Formación Sanitaria Especializada en Andalucía, se procede a la elaboración del borrador del Protocolo de Actuación y Supervisión de Residentes del Hospital Universitario Torrecárdenas, correspondiendo su elaboración a la Comisión de Docencia de nuestro centro y siendo elevado en su versión definitiva a los órganos de dirección del mismo y posteriormente enviados a la Subdirección General para el conocimiento y constatación de su elaboración siguiendo las normas indicadas.

Dicho protocolo de supervisión ha de ser reevaluado y actualizado anualmente, la versión actual corresponde a la revisión Enero/2012 e incorpora cambios sustanciales, a destacar:

- a. Eliminación de la tabla de correspondencia entre responsables y residentes personalizados en urgencias al haberse comprobado que no es viable ni factible dada las características intrínsecas a un servicio como el de urgencias.
- b. Inserción de hipervínculos que permiten el acceso directo a los documentos originales referenciados (vgr. BOE, RD, etc....).

El [RD 183/2008](#) por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada recoge varios puntos que consideramos sustanciales a efectos del desarrollo del presente protocolo:

1) Que “el sistema de residencia implica la conjunción de prestación profesional de servicios por parte de los titulados en Ciencias de la Salud y de Formación. Dicho sistema formativo **implicará la asunción progresiva de responsabilidades** en la especialidad que se esté cursando y un **nivel decreciente de supervisión**, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, **hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo** de la profesión sanitaria de especialista”.



2) Que **el ámbito del protocolo de actuación y supervisión afecta de modo especial aunque no único al área de urgencias.**

3) Que la “supervisión de los residentes se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada”.

4) Que los residentes se someterán a las indicaciones de especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación”.

5) Es función de la Comisión de Docencia, la evaluación y seguimiento del protocolo de actuación y supervisión del residente. Se deberán establecer mecanismos de feedback, y aplicar medidas correctoras a las dificultades y desviaciones encontradas.

AMBITOS DE ESTE PROTOCOLO

Residentes de primer año y sucesivos que desempeñen su labor en el Hospital Universitario Torrecárdenas, con especial mención al área de urgencias.

Punto de actuación-ámbito espacial: Área de urgencias (AU) – Policlínica (boxes) – Unidad de Observación (UO) del Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Horarios-Ámbito temporal: La atención continuada de los residentes que desempeñan su función en el AU comienza a las 15 horas los días laborables y a las 9 horas los de festivo y fin de semana, concluyendo a las 8.30 y 9 horas respectivamente. Corresponden a 17 y 24 horas de guardia según cada caso.

De un modo más detallado, el Plan Funcional del SCCU dispone actualmente el siguiente horario detallado de horarios en jornadas de guardia:

- Horario de guardias:



1. Lunes-jueves (17h) a 15h y relevo a las 8h30 del día siguiente.
2. Viernes (17h) a 15h y relevo a las 9h del día siguiente.
3. Sábado (24h) a 9h y relevo a las 9h del día siguiente.
4. Domingo (24h) a 9h y relevo a las 8h30 del día siguiente.
5. Para evitar especiales demoras a los pacientes en el horario de comida y cena de los facultativos, la organización será la siguiente:
 - Comida:
Lunes a viernes 14h-15h
Fines de semana y festivos 14h-15 (1º turno) 15h-16h (2º turno).
 - Cena:
Lunes a viernes 21h-22h
Fines de semana y festivos 21-22 (1º Turno) 22h-23h (2º turno)
6. Festivos: Sistemática idéntica a fines de semana.

SISTEMA DE REGISTRO DE GUARDIAS¹. NORMATIVA ACTUAL VIGENTE SOBRE JORNADAS DE GUARDIA PARA RESIDENTES EN AU.

- Los Residentes firmarán una hoja de asistencia al incorporarse a la guardia; esta hoja de asistencia deberá ser firmada por alguno de los MUH de la guardia que ese día se designen como tutores de MIR de 1º año (esta hoja de asistencia se encontrará en la consulta de Telemedicina), en el caso de urgencias generales.
- En caso de no poder asistir a una de las guardias, deberá presentar causa justificada. Será imprescindible contactar e informar de tal eventualidad al Jefe de la Guardia y al menos a un tutor de urgencias (Dra. Maldonado Santiago). Se informará a su vez al tutor de su especialidad, de dicho evento.
- En caso de cambio de guardias se notificarán por escrito al tutor/es de Urgencias Generales y en secretaría de Urgencias.
- Las guardias en Urgencias Generales forman parte de la formación de los MIR por lo que no se podrán “sub-arrendar” las guardias a otros residentes.
- Las guardias en Urgencias Generales son de 17h/24h por lo que no podrán abandonarse las mismas ni marcharse los MIR del Hospital antes de la finalización



de la guardia salvo por causa justificada y tras comunicárselo a tutor/es de urgencias ó en su defecto a uno de los MUH designado como tutor ese día.

RESPONSABILIDAD-DIFICULTAD DE LAS ACTUACIONES

Las actividades que los médicos residentes pueden desarrollar a lo largo de sus jornadas de atención continuada pueden clasificarse según el siguiente esquema:

Dificultad nivel I: Actividades que los residentes de cualquier año deben realizar, siempre bajo supervisión directa física continua en el caso de los residentes de primer año. En el caso de los restantes años de residencia, la actuación ha de ser supervisada si bien no es imprescindible que sea física directa, esto es, puede realizarse una reevaluación por parte del adjunto responsable de la actuación para valorar que dicha actuación corresponde a la realidad.

- Historia clínica, centrada en el motivo de consulta de urgencias, con anamnesis completa y siempre buscando grandes síndromes, para establecer así diagnósticos diferenciales que faciliten la actitud a seguir con cada paciente.
- Exploración general completa, centrada en el motivo de consulta.
- Petición de pruebas diagnósticas de laboratorio, que faciliten el diagnóstico diferencial del paciente.
- Petición de pruebas radiológicas: radiología simple, siempre según protocolo.

Dificultad nivel II: Actividades que los residentes de segundo y tercer año pueden y deben realizar. Precisan de supervisión directa de un adjunto si bien no es necesario que esta sea simultánea al desarrollo de la actuación

- Exploraciones especiales
- Petición de pruebas especiales de laboratorio, vgr: Niveles de fármacos, detección



rápida de antígenos en orina... [siempre visado el visto bueno a la petición por un adjunto].

- Petición de pruebas especiales de radiología: ecografía, TAC. [precisará de la supervisión y visado del adjunto correspondiente].

Dificultad Nivel III: Actividades que sólo residentes de 4º y 5º año pueden hacer.

- Colaborar para ayudar en la asistencia al paciente por parte del residente de primer año. Esta ayuda o colaboración ha de hacerse bajo supervisión directa de un adjunto de presencia física en general.
- En particular cuando se trata de actuaciones de nivel de dificultad I, el residente de 4º ó 5º año puede dar apoyo puntual al de primer año siempre que éste residente mayor tuviere una especialidad previa y al menos un año de trabajo acreditado en Servicios de Urgencias.
- De igual modo podrán dar apoyo puntual a los residentes de primer año aquellos otros residentes con trabajo previo acreditado en servicios de urgencias de al menos un año, aunque sin especialidad previa.
- Abordaje de pacientes en el Área de Urgencias, estableciendo la necesidad de su estudio, diagnóstico y tratamiento, pudiendo ser dado de alta, sin supervisión previa, según el nivel de prioridad y ajustándose siempre a protocolo.

NIVELES DE RESPONSABILIDAD DEL RESIDENTE.

Los diferentes niveles de responsabilidad que se exponen se basan en el RD y han sido modificados y ampliados para dar cobertura específica a los residentes del Hospital Universitario Torrecárdenas.

Partiendo de la clasificación expuesta en el RD sobre grados de responsabilidad del residente por un lado y prioridades de triage por otro, hemos considerado oportuno que



el nivel de responsabilidad del residente no sea estrictamente lineal en el tiempo, sino que la combinación del periodo de formación en que se encuentre junto con la prioridad clínica del paciente sean las que determinen el nivel efectivo de responsabilidad (NER).

NIVEL I (básico): El residente ve lo que hace el especialista, colaborando con ellos de modo activo pero siempre bajo la supervisión directa del adjunto.

Tanto en cuanto en este nivel el residente actúa como observador de la relación médico-paciente y toda su actividad será a instancia y bajo supervisión del adjunto, se considera oportuno que pueda colaborar en la atención de pacientes clasificados con prioridades de triage 2, 3 y 4, si bien se aconseja por la mayor rentabilidad formativa que **atiendan mayoritariamente pacientes con prioridad 3 y 4.**

Nivel de Dificultad que debe atender: grado I.

NER: I

En este nivel, la duración prevista para el AU será de 1 a 2 meses, durante el/los cuales el residente debe de conocer la dinámica de funcionamiento del Servicio, en cuanto a ubicación física de sus diferentes secciones, circuitos asistenciales existentes, manejo de la información hacia el usuario y familiares, formulación de peticiones desde urgencias, historia digital de urgencias, conocer las diferentes categorías (celadores, auxiliares, enfermeros...) que intervienen en el proceso de atención a la urgencia y así como el inicio en el estudio de los protocolos de urgencias.

La duración en el resto de servicios será variable (2 a 4 meses).

NIVEL II (medio/intervención tutorizada): El residente realiza actividades siempre supervisado por el adjunto. Actúa y es supervisado "simultáneamente". El adjunto establecerá, en este nivel y de acuerdo con el grado personalizado de capacitación del residente, qué actuaciones puede realizar el mismo en cada caso.

En este nivel el residente atenderá pacientes con **prioridades 2, 3 y 4 de triage** (NER II) sin perjuicio de que pueda asistir a la atención de prioridades 1 pero en este caso como mero observador (NER I).



Nivel de Dificultad que debe atender: I y/o II.

La duración en el AU será individualizada, aunque de forma aproximada se estima que este nivel asistencial puede tener dos fases:

- II a: Del 2º al 6º mes conforme a lo dispuesto con anterioridad.
- II b: Del 6º mes en adelante (12º mes); en este periodo habrá una actuación y supervisión, que en determinados casos ya no será simultánea, sino que el residente podrá solicitar todo lo necesario del adjunto, pero éste no permanecerá físicamente dentro del box y sí en el área de policlínica.

NIVEL III (avanzado/intervención directa): No hay supervisión directa por parte del adjunto (salvo a instancia del residente), obteniendo éste la información sobre el paciente y desarrollo de la entrevista clínica a posteriori, momento en el que puede reorientar el cuadro si así lo estima oportuno o visar directamente el alta si la intervención del residente ha sido la adecuada. **Prioridades de triage 1, 2 y 3 y 4.**

- El Nivel III sólo puede ser alcanzado a partir del 2º año de residencia
- Se contemplará la posibilidad de alcanzar el nivel III en el 1er año de residencia exclusivamente en la atención de pacientes con triage prioridad 4.
- Nivel de Prioridad-Dificultad: I, II y/o III.

SISTEMATICA DE SUPERVISION DE LOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO (R1)

Los R1 **siempre estarán tutelados por adjuntos de presencia física**; esta situación de tutela y supervisión puede darse fundamentalmente de dos modos según el nivel alcanzado por el residente:

- Nivel básico → (observación y ayuda directa) → Actúa sólo a instancia del adjunto.



Supervisión de presencia física continuada. Ambos firman las altas y demás documentos asistenciales (1-2 meses).

- Nivel medio→ (intervención tutorizada)→ Sigue las indicaciones del adjunto que está con él en consulta o en la proximidad y toda la actividad asistencial, documental, etc. es supervisada de forma directa y firmada por ambos (2º al 6º mes).
- Nivel avanzado→ Se permitirá que los residentes que hayan alcanzado el nivel suficiente según la evaluación continuada realizada por la Tutoría de Urgencias, siempre a partir del 6º mes y hasta el final de R1, tomen la iniciativa en la atención al paciente siendo supervisado el orden y calidad de las actuaciones por el adjunto de presencia física directa. Al finalizar el acto clínico toda la actividad asistencial, administrativa y de cualquier tipo debe haber sido visada por el adjunto responsable.
- Todas las altas y documentos médicos relevantes que correspondan a la atención prestada por un R1 deben ir visadas por escrito por un adjunto responsable.

Ubicación de los R1: Consultas de policlínica general (Consultas 3, 5 y 6 en nuestro centro).

EVOLUCION DINAMICA DE LOS NIVELES DIFERENTES NIVLES A LO LARGO DEL PRIMER AÑO

Creemos que transcurrido un tiempo variable e individualizado desde el inicio del primer año de residencia, los R1 alcanzarán el nivel medio de un modo progresivo pero no simultáneo en el transcurso de los primeros 4 a 6 meses. El nivel avanzado ha de conseguirse antes de la finalización del año de R1.



Se propone:

- Evaluación del Nivel del residente por parte de los tutores: Se realizará una evaluación con carácter trimestral por parte de los tutores respecto a la evolución y asunción de competencias de los residentes que tengan asignados, en coordinación con los tutores de urgencias. De acuerdo a la resolución que tomen trimestralmente sobre cada uno de sus tutelados, estos pasarán de Nivel I a Nivel II de responsabilidad al 3º o 6º mes del primer año de residencia. Caso de recibir una evaluación negativa en la progresión del residente en la segunda evaluación, las medidas a adoptar dependerán de lo que estipulen los órganos y tutores hospitalarios responsables.
- Para que los objetivos antes citados puedan alcanzarse de modo satisfactorio, los residentes deben hacer no menos de tres guardias mensuales y los tutores deben tener la posibilidad de coincidir en el suficiente número de guardias que permitan la evaluación continuada de la progresión en los diferentes niveles de responsabilidad.
- A efectos también de que lo indicado con anterioridad sea realmente eficiente, es necesario que se articule, fuera de este borrador de supervisión, un sistema de triage más homogéneo donde además de la prioridad del paciente se tenga en cuenta el nivel de responsabilidad del médico que va a atender a cada uno de los pacientes derivados a consulta. Esto implica, de modo ineludible, la responsabilidad de la Coordinación de Urgencias, Jefatura de Servicio del SCCU y Dirección de Enfermería, de dotar a urgencias de un sistema de triage más homogéneo y sometido a la vigilancia continuada mediante indicadores de calidad.
- Los documentos médico-legales (especialmente historia clínica y parte de lesiones) han de ser visados durante todo el primer año tanto por el residente como por el adjunto. Se considera que en casos especialmente delicados o que puedan tener



trascendencia legal, sea el adjunto y no el residente en Nivel I quien firme los **partes de lesiones**; en todo caso la firma de los mismos será por ambas partes en Nivel II.

- Además de la vertiente asistencial, el residente deberá:
 - Revisar un protocolo de urgencias, durante su segundo semestre de R1, bajo supervisión de un adjunto-tutor del pool de urgencias generales.
 - Presentar una sesión clínica o bibliográfica en el Servicio de Urgencias.
 - Presentar una comunicación a Congreso/Jornada, en relación con la urgencia.

RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO

Método de supervisión: Intervención tutorizada. Equivale a un Nivel II y/o III de responsabilidad.

Actuación del residente: El residente realiza sus actividades en presencia del docente (si son actividades nuevas o especialmente dificultosas) o bien solo en el caso del Nivel III (avanzado).

Durante el 2º año de residencia no es necesario el visado del docente a los documentos médico-legales y actuaciones realizadas por el residente, esto sin menoscabo de poder y deber dirigirse a los docentes para solventar cuantas dudas y problemas puedan surgir en la atención a los pacientes.

RESIDENTES DE TERCER AÑO Y SUCESIVOS

En este periodo el residente goza de una mayor autonomía y responsabilidad. Puede intervenir de modo directo (Nivel Avanzado-III) y realizarse la supervisión a posteriori y a



demanda del residente.

En caso de actuaciones especialmente complejas, situación de duda diagnóstica o terapéutica, etc. el residente puede y debe recabar la supervisión de un adjunto responsable.

SUPERVISION POR ADJUNTOS NO PERTENECIENTES AL SCCU

En múltiples ocasiones se producen frecuentes consultas a especialistas no pertenecientes al área de urgencias, a instancia del adjunto de urgencias en el caso de los R1 e incluso a instancia del propio residente en años posteriores de la residencia.

Cuando de la interconsulta realizada con un especialista de planta (Cirugía, Traumatología, Cardiología, Neurología, etc....) se desprenda un alta hospitalaria o una actuación compleja, el adjunto especialista en la materia en cuestión es el responsable del visado de ese alta o actuación concreta al residente aún cuando el paciente se encuentre en el área de urgencias. Es obvio que si se ha precisado de una interconsulta para solventar una duda o problema que los médicos del SCCU han considerado que necesita de una opinión más autorizada, es ésta precisamente quien debe dar el visto bueno a la actuación derivada de ella. Sería deseable extender esta buena práctica a las interconsultas realizadas directamente por el adjunto del SCCU a especialistas de planta, si bien no es el objeto del presente documento.

ACTIVIDADES (MÍNIMAS) DE LOS RESIDENTES SEGÚN SU NIVEL DE RESPONSABILIDAD.

NIVEL BASICO

- Historia clínica completa, orientada por motivo de consulta a urgencias, que incluya la exploración por órganos y aparatos, auscultación, palpación...
- Ayudar a la movilización de pacientes



- Ayudar a monitorizar pacientes
- Ayudar y realizar curas a pacientes
- Administración de inyectables
- Intubación orotraqueal
- Realización de electrocardiograma
- Manejo de desfibriladores
- Oxigenoterapia

NIVEL INTERMEDIO

- Realización de suturas en localizaciones no complicadas
- Inmovilización con vendajes y férulas
- Toma de vías periféricas y centrales
- Curas oftálmicas
- Aplicación de hemostasias con dispositivos específicos
- Manejo de sondas vesicales

NIVEL AVANZADO

- Punción lumbar
- Toracocentesis, diagnóstica y evacuadora
- Paracentesis, diagnóstica y evacuadora
- Artrocentesis



OTROS PUNTOS DE INTERÉS:

1. Asunto Interconsultas: Las interconsultas realizadas desde urgencias a los diferentes especialistas de otros servicios han de resolverse mediante una nota o evolutivo realizado en soporte informático (Diraya en nuestro centro) puesto que las notas manuscritas, en el contexto actual de la historia digital, suponen un retroceso en la facilidad para recuperar la información clínico-asistencial del paciente. La atención a una interconsulta por parte de un MIR de especialidad hospitalaria sigue, obviamente, los mismos cauces de supervisión por parte de sus adjuntos, que las especificadas en este documento (ver parte inicial) y según quedan reflejadas por ley.
2. Asunto Residentes con especialidad previa
Los MIR recién incorporados a la formación (R1) precisarán desde el inicio la adecuada supervisión tal como se describe en este documento responsabilidad progresiva, pero pueden darse distintas situaciones que se detallan como sigue:
 - a. En el momento de su incorporación a este centro y posteriormente cada 3 meses durante el primer año realizarán una prueba de nivel diseñada por los tutores de urgencias y validada por el Jefe de Servicio y la Coordinadora del SCCU.
 - b. Aquellos MIR de 1er año con especialidad clínica previa, podrán pasar consulta de urgencias sin supervisión física directa de un adjunto de urgencias si la primera prueba de evaluación ha dado resultado positivo.
 - c. Los MIR de 1er año sin especialidad clínica previa pero con al menos dos años de experiencia clínica acreditada como generalistas: se flexibilizará el grado de supervisión de tal modo que estando de acuerdo el residente y con el visto bueno de la Dirección Médica, pueda trabajar acorde a una sistemática menos rígida y adaptada a su formación previa. Valoradores: tutores de urgencias.



3. Transición de los R1 en Urgencias:

A efectos del siguiente apartado se considera punto de transición la fecha en que legalmente se produce la promoción de los R1 a R2.

Los nuevos R1 –residentes recién incorporados- estarán durante un periodo acompañando en consulta a los residentes que promocionan ese año. Durante este tiempo su cometido fundamental será conocer la sistemática de funcionamiento del SCCU, impresos, recursos, derivaciones, interconsultas, sistema de clasificación y, en definitiva, todas las herramientas que necesitarán conocer para el desempeño el resto del año. Transcurrido este periodo y producida la promoción de los R1 a R2 se seguirá la sistemática citada previamente de supervisión física directa por el adjunto de urgencias correspondiente. El tiempo de coincidencia de los R1 recién llegados y los que promocionan será de 21 a 30 días. En el año en curso se proponen como fecha actual de cambio un día entre el día 11 ó el 18 de Junio.